

**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO  
CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO - PJ**

Nome do Requerente/Razão Social da EMPRESA:

\_\_\_\_\_

Inscrição CRO-AM: \_\_\_\_\_.

Senhor (a) Presidente,

Em atenção a Consolidação das Normas para Procedimentos em Conselhos de Odontologia, venho através do presente requerer a V.Sa. o **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO** da **EPAO ( ) EPO ( ) LB ( )**, inscrito (a) sob o número CRO-AM\_\_\_\_\_, por motivo de **encerramento de atividade**. Declaro para fins de cancelamento junto ao Conselho Regional de Odontologia estar ( ) **QUITE** / ( ) **EM DIA** (cumprindo parcelamento) com a tesouraria e não desenvolver nenhuma atividade remunerada na empresa a partir da presente data conforme o art. 157 da Resolução CFO 63/2005. Declaro ainda, plena ciência quanto as penalidades condicionadas na referida resolução em caso de publicidade em desacordo com o Código de Ética Odontológico ou funcionamento de clínica sem registro no Regional:

*Art. 87. O funcionamento de entidade prestadora de assistência obriga ao registro no Conselho Federal e à inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição esteja estabelecida ou exerça sua atividade.*

*§ 1º. Entende-se como entidades prestadoras de assistência odontológica, toda aquela que exerça a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam elas clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamentos, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras entidades.*

*§ 4º. O cancelamento da inscrição pelo motivo referido na alínea "b " (**encerramento de atividade profissional**), deverá ser requerido pelo interessado, instruído o pedido com uma declaração, sob as penas da lei, do encerramento da atividade profissional e, em se tratando de pessoa jurídica, declaração de todos os sócios e do responsável técnico.*

Diante ao exposto, encaminha-se em anexo declaração dos sócios devidamente assinado para fins de deferimento neste Conselho Regional.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proprietário/Responsável

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## **DECLARAÇÃO DE CANCELAMENTO PARA EMPRESA – SOCIOS**

Conforme o art. 157, inciso IV, alínea B da Resolução CFO-63/2005 (Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia), Declaro junto ao Conselho Regional de Odontologia do Amazonas, estar de acordo com o cancelamento da inscrição da empresa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, inscrita sob o No CRO-AM:  
\_\_\_\_\_, CNPJ: \_\_\_\_\_ por

motivo de encerramento de atividade profissional. Declaro ainda, estar ciente das penalidades condicionadas na referida resolução em caso de publicidade em desacordo com o Código de Ética Odontológico ou funcionamento de clínica sem registro no Regional.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sócio/Responsável Técnico